

## 子宮頸がん予防(HPV)ワクチン 1回目 予防接種券(定期接種)

- この接種券は、HPV ワクチン「1回目」の接種に使用してください。
- 予防接種を受ける方又は保護者は、接種前に、下記の太枠内をボールペン等消えないペンで正しく記入し、右の接種済証とともに(切り取らずに)、予防接種契約医療機関に提出してください。
- 定期接種として規定している接種間隔や接種回数、接種期間等は、市ホームページ(右記バーコード)でご確認ください。接種するワクチンや年齢によって、接種間隔や回数異なります。

キャッチアップ接種使用可



接種ワクチン	2価 ・ 4価 ・ 9価		
住民登録の区	区	接種日時時点で神戸市に住民登録がありますか。 <input type="checkbox"/> はい (注)接種日時時点で神戸市に住民登録がない場合や定期接種として規定している接種間隔を満たさない場合、接種期間を過ぎた場合は、接種券を使用できません。 上記の接種やその他不正に接種券を使用した場合は、接種料金を返還していただきます。	
ふりがな			
本人氏名		電話番号	- -
生年月日	平成	接種日 令和	医療機関
	接種日現在 ( 歳 か月)	ワクチンシール貼付	接種医
			医療機関コード

----- き ----- り ----- と ----- り ----- 線 -----

## 子宮頸がん予防(HPV)ワクチン 2回目 予防接種券(定期接種)

- この接種券は、HPV ワクチン「2回目」の接種に使用してください。
- 予防接種を受ける方又は保護者は、接種前に、下記の太枠内をボールペン等消えないペンで正しく記入し、右の接種済証とともに(切り取らずに)、予防接種契約医療機関に提出してください。
- 定期接種として規定している接種間隔や接種回数、接種期間等は、市ホームページ(右記バーコード)でご確認ください。接種するワクチンや年齢によって、接種間隔や回数異なります。

キャッチアップ接種使用可



接種ワクチン	2価 ・ 4価 ・ 9価		過去の接種日	1回目
住民登録の区	区	接種日時時点で神戸市に住民登録がありますか。 <input type="checkbox"/> はい (注)接種日時時点で神戸市に住民登録がない場合や定期接種として規定している接種間隔を満たさない場合、接種期間を過ぎた場合は、接種券を使用できません。 上記の接種やその他不正に接種券を使用した場合は、接種料金を返還していただきます。		
ふりがな				
本人氏名		電話番号	- -	
生年月日	平成	接種日 令和	医療機関	医療機関コード
	接種日現在 ( 歳 か月)	ワクチンシール貼付	接種医	

----- き ----- り ----- と ----- り ----- 線 -----

## 子宮頸がん予防(HPV)ワクチン 3回目 予防接種券(定期接種)

- この接種券は、HPV ワクチン「3回目」の接種に使用してください。
- 予防接種を受ける方又は保護者は、接種前に、下記の太枠内をボールペン等消えないペンで正しく記入し、右の接種済証とともに(切り取らずに)、予防接種契約医療機関に提出してください。
- 定期接種として規定している接種間隔や接種回数、接種期間等は、市ホームページ(右記バーコード)でご確認ください。接種するワクチンや年齢によって、接種間隔や回数異なります。

キャッチアップ接種使用可



接種ワクチン	2価 ・ 4価 ・ 9価		過去の接種日	1回目	2回目
住民登録の区	区	接種日時時点で神戸市に住民登録がありますか。 <input type="checkbox"/> はい (注)接種日時時点で神戸市に住民登録がない場合や定期接種として規定している接種間隔を満たさない場合、接種期間を過ぎた場合は、接種券を使用できません。 上記の接種やその他不正に接種券を使用した場合は、接種料金を返還していただきます。			
ふりがな					
本人氏名		電話番号	- -		
生年月日	平成	接種日 令和	医療機関	医療機関コード	
	接種日現在 ( 歳 か月)	ワクチンシール貼付	接種医		

## 子宮頸がん予防(HPV)ワクチン1回目

### 接種済証(被接種者控え)

キャッチアップ接種使用可

接種医療機関は下記を記入し、被接種者に交付してください。

本人氏名	
生年月日	平成
ワクチンの種類	2価 ・ 4価 ・ 9価
医療機関名	
医師名	印

接種済証は、予防接種を受けたことを証明するものです。母子健康手帳等とともに大切に保管してください。

## 子宮頸がん予防(HPV)ワクチン2回目

### 接種済証(被接種者控え)

キャッチアップ接種使用可

接種医療機関は下記を記入し、被接種者に交付してください。

本人氏名	
生年月日	平成
ワクチンの種類	2価 ・ 4価 ・ 9価
医療機関名	
医師名	印

接種済証は、予防接種を受けたことを証明するものです。母子健康手帳等とともに大切に保管してください。

## 子宮頸がん予防(HPV)ワクチン3回目

### 接種済証(被接種者控え)

キャッチアップ接種使用可

接種医療機関は下記を記入し、被接種者に交付してください。

本人氏名	
生年月日	平成
ワクチンの種類	2価 ・ 4価 ・ 9価
医療機関名	
医師名	印

接種済証は、予防接種を受けたことを証明するものです。母子健康手帳等とともに大切に保管してください。